UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 — N° 67

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU PNEUMOTHORAX SPONTANÉ NON TUBERCULEUX CHEZ LE NOURRISSON

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

présentée et soutenue publiquement en Juillet 1951

par

GÉRARD CROSTE

MEMBRES DU JURY

MM. SOREL	*Président*	
GADRAT, GERAUD, BAUDOT	*Assesseurs*	
BAZEX	*Suppléant*	

TOULOUSE
IMPRIMERIE DES CAPITOULS
9, Rue d'Astorg

1951

CROSTE (Gérard)

Contribution à l'étude du Pneumothorax spontané non tuberculeux chez le Nourrisson

Toulouse, Imprimerie des Capitouls, 1951, in-8, 48 pages

Thèse Médecine, Toulouse
n° 67

CROSTE (Gérard)

Contribution à l'étude du Pneumothorax spontané non tuberculeux chez le Nourrisson

Toulouse, Imprimerie des Capitouls, 1951, in-8, 48 pages

Thèse Médecine, Toulouse
n° 67

CROSTE (Gérard)

Contribution à l'étude du Pneumothorax spontané non tuberculeux chez le Nourrisson

Toulouse, Imprimerie des Capitouls, 1951, in-8, 48 pages

Thèse Médecine, Toulouse
n° 67

CROSTE (Gérard)

Contribution à l'étude du Pneumothorax spontané non tuberculeux chez le Nourrisson

Toulouse, Imprimerie des Capitouls, 1951, in-8, 48 pages

Thèse Médecine, Toulouse
n° 67

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 — N° 67

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU PNEUMOTHORAX SPONTANÉ NON TUBERCULEUX CHEZ LE NOURRISSON

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

présentée et soutenue publiquement en Juillet 1951

par

GÉRARD CROSTE

MEMBRES DU JURY

MM. SOREL — *Président*

GADRAT, GERAUD, BAUDOT — *Assesseurs*

BAZEX — *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE DES CAPITOULS
9, Rue d'Astorg

1951

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	LEFEBVRE.
ASSESSEUR		BRUSTIER.
Doyens honoraires		GORSE, CALVET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL. MM. MÉRIEL. MM. GARIPUY.
LAFFORGUE. CLERMONT. RIBAUT.
SERR. VALLOIS.

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM.	RISER.
Clinique médicale		TAPIE, ROQUES.
Clinique obstétricale		GUILHEM.
Physiosologie		SOULA.
Clinique chirurgicale et du Cancer		DUCUING.
Physique biologique et médicale		BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		NANTA.
Chimie et Toxicologie		BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale		SENDRAIL.
Clinique chirurgicale et gynécologie		LEFEBVRE.
Anatomie		LAZORTHES.
Histoire naturelle		DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture		SOREL (R.)
Pharmacie		CAUJOLLE.
Pathologie interne et Clinique des Maladies de la Tuberculose		MOREL.
Bactériologie, hygiène, médecine sociale		ANDRIEU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		VIRENQUE.
Clinique des maladies des voies urinaires		FABRE (P.).
Matiere médicale		VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		MÉRIEL (P.)
Anatomie pathologique		FABRE (J.).
Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale		CALVET.
Clinique ophtalmologique		CALMETTES.
Chimie biologique		VALDIGUIÉ (P.).
Médecine légale et du Travail		PLANQUES.
Histologie et Embryologie		BROUSSY.
Médecine Sociale		BOUNHOURE
Thérapeutique		GADRAT.
Pathologie Chirurgicale		GRIMOUD.
Stomatologie		CADENAT.
Professeur à titre personnel		BAISSET.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	MM.	COULOUMA.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	MM.	POULHÈS.
Histologie		BIMES.
Sciences naturelles		BOUISSET
Pharmacie		COUTURIER.
Botanique	Mme	DULUCQ-MATHOU
Bactériologie	Mme	ENJALBERT.
Chimie Biologique	MM.	POLONOVSKI.
Physique médicale		AUVERGNAT.
Chimie générale pharmaceutique		BLANC.

AGRÉGÉS

Médecine	MM.	DARNAUD.
		GÉRAUD.
		DARDENNE.
		LAPORTE (J.)
		BAUDOT.
Ophtalmologie		DÉODATI.
Physique médicale		MARQUÈS.
Obstétrique		PONTONNIE.
Chirurgie		RIEUNAU.
		DIEULAFÉ.
		DAMBRIN (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie		CLAUX.
Urologie		LHEZ.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM.	GUILHEM.
Chimie biologique		DOUSTE-BLAZY.
Chimie pathologique		VALDIGUIÉ (P.).
Chimie minérale		BLANC.
Physique pharmaceutique		AUVERGNAT.
Dermatologie et Syphiligraphie		BAZEX.
Législation pharmaceutique.		BOUISSET.
Tuberculose		MOREL.
Chirurgie pulmonaire		DAMBRIN (P.).
Parasitologie		BAUDOT.
Cryptogamie	MM.	DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM.	BLANC.
Hydrologie et géologie		ASTRE.
Anatomie médico-chirurgicale		THOMAS.
Pharmacodynamie (Méd.)		BAISSET.
Pharmacodynamie (Pharm.).		CAUJOLLE.
Bactériologie et Hygiène		LAPORTE.
Ophtalmologie		DÉODATI.
Neuro-chirurgie		LAZORTHES.
Mycologie		MORQUIER.
Physiologie		COLOMBIÉS.
Psychiatrie		GAYRAL.
Urologie		LHEZ
Histologie		PLANEL.

Secrétaire de la Faculté ARGILAS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

JE DÉDIE CE TRAVAIL :

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE, A MA MERE

A MA FEMME

A MES FRERES, A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

AUX MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE
ET PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SOREL
Professeur de Clinique Médicale Infantile
et de Puériculture
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Vous nous avez fait un très grand honneur en nous confiant ce travail et en acceptant de présider cette thèse.

Qu'elle soit un témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A NOTRE JURY DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GADRAT
Professeur de Thérapeutique à la Faculté
Médecin des Hôpitaux

Nous lui gardons une profonde gratitude pour l'enseignement qu'il nous a prodigué au cours de notre passage dans son service.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GERAUD
Professeur Agrégé à la Faculté
Médecin des Hôpitaux

Nous le remercions respectueusement d'avoir bien voulu faire partie de notre jury de thèse.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUDOT
Professeur Agrégé à la Faculté
Médecin des Hôpitaux

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de toute notre respectueuse reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR BAZEX
Chargé de cours à la Faculté

En témoignage de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait de juger notre travail de thèse.

A Monsieur le Docteur BOUISSOU

Chef de Clinique à la Faculté

Nous le remercions pour l'aide qu'il nous a apportée dans ce travail

A Monsieur le Docteur SAINT-PAUL

Qui a guidé mes premiers pas dans la pratique médicale, ce modeste témoignage de reconnaissance et d'amitié.

HISTORIQUE

Au milieu du siècle dernier seulement a été acquise par RILLIET et BARTHEZ la connaissance du Pneumothorax spontané non Tuberculeux chez le Nourrisson, à l'occasion d'une autopsie chez un enfant de quinze mois décédé de Broncho-Pneumonie post-morbilleuse.

Jusqu'à la fin du dix-neuvième siècle, cette affection était considérée comme rarissime. La littérature de l'époque n'en donne qu'un petit nombre d'observations. ROGER en 1882, RENDU en 1888, rapportent chacun l'observation d'un Pneumothorax spontané apparu au cours de coqueluche. En 1896, M^lle^ de CHRZANOWSKA, dans sa thèse : « Le Pneumothorax chez l'enfant », fait part d'un cas survenu chez un nourrisson de seize mois.

Au début du vingtième siècle, les perfectionnements apportés à la radiologie vont permettre des découvertes plus nombreuses de cette affection chez le nourrisson. En 1913, VARIOT découvre, grâce à la radiologie, un Pneumothorax évoluant à bas bruit chez un nourrisson de 16 mois. En 1917, deux observations sont rapportées par M^lle^ CHAMPY dans sa thèse : « Le Pneumothorax chez l'enfant ». Une étude portant sur 40 cas paraît en 1929 dans la thèse de M^me^ GORECKA-MEINIER : « Le Pneumothorax spontané non tuberculeux dans la première enfance ». Elle montre que la Pneumonie, la Broncho-Pneumonie, les Abcès du Poumon et la Coqueluche, sont de beaucoup les causes les plus fréquentes.

Par la suite, la pathologie du nourrisson s'enrichit d'observations de Pneumothorax plus nombreuses, tant en France qu'à l'étranger. Citons les travaux de GARDÈRE

et SAVOYE, la thèse de FALK en 1935, les publications de COCCHERI et ROSSI dont les statistiques portent sur 118 cas dans les deux premières années.

Actuellement, la question du Pneumothorax spontané chez le nouveau-né est bien connue. Cette affection ne peut échapper aux moyens précis d'investigation de la clinique et de la radiologie. Sa méconnaissance antérieure était dûe au peu de signes stéthacoustiques que donne le Pneumothorax spontané chez le nourrisson. Actuellement, l'examen radiologique permet de l'affirmer et de le découvrir dans certaines formes muettes devant lesquelles la clinique était restée vaine.

ETIOLOGIE - PATHOGENIE

Nous consacrerons notre étude au Pneumothorax spontané non Tuberculeux et Médical. Nous écarterons, par conséquent, le Pneumothorax spontané traumatique.

Jusqu'à présent, on opposait le Pneumothorax spontané de l'adulte et celui du tout jeune au point de vue étiologique. Les auteurs rendaient la tuberculose responsable de celui-là 8 fois sur 10 et ne la mettaient en cause dans celui-ci que 4 fois sur 10. A l'heure actuelle on estime, non seulement que le Pneumothorax spontané non tuberculeux existe chez l'adulte, mais encore que cette forme est la plus fréquente (André MEYER). Il en est de même chez le nourrisson.

o

Quelle est la fréquence relative du Pneumothorax spontané non tuberculeux du nourrisson comparativement à celle du Pneumothorax tuberculeux ? En 1922, MM. DEBRÉ et LAPLANE montraient que « parmi toutes les causes du Pneumothorax infantile, c'est le Pneumothorax tuberculeux qui est le moins fréquent ». MM. GARDÈRE et SAVOYE accordent au Pneumothorax spontané non tuberculeux une fréquence relative de 60 %. COCCHERI et ROSSI dans une statistique de 30 cas ne font part que d'un pourcentage de 26 % en faveur de la tuberculose. Actuellement, le rapport reste sensiblement le même puisque les dernières publications n'accordent à la tuberculose que 40 % des Pneumothorax spontanés (ROSSET).

Parmi les causes les plus fréquentes du Pneumothorax, les Pneumopathies aiguës et la Coqueluche viennent au premier plan.

Pour LEREBOULLET, il s'agit, dans 2/3 des cas, de **Broncho-Pneumonie** ou de **Pneumonie**, moins souvent de rupture d'**Abcès du Poumon.**

« M. LAMY, Mlle JAMMET, ont observé chez un nourrisson de 2 mois et demi un pneumothorax spontané dû à la rupture d'un abcès du poumon. Ce nourrisson était porteur d'un volumineux abcès mentonnier à staphylocoques. Le diagnostic porté sur la constatation d'un syndrome amphoro-métallique et sur celle d'une image radiologique tout à fait typique, fut confirmé trois jours plus tard par l'examen anatomique. Celui-ci montra la présence d'abcès staphylococciques multiples disséminés dans les deux poumons, et dont plusieurs occupaient une situation sous-pleurale. »

*
* *

La **Coqueluche** tient, elle aussi, une place importante dans l'origine du Pneumothorax spontané.

MM. JAMBON et CHAPTAL ont rapporté l'observation d'un Pneumothorax enkysté avec poche gazeuse extrathoracique au cours d'une coqueluche, chez un nourrisson de 8 mois. Ce dernier était très complètement suivi cliniquement et radiologiquement depuis trois mois.

« Le Pneumothorax enkysté supérieur sous-pression a fait irruption à l'occasion d'une violente quinte de toux au travers du sternum par une véritable effraction traumatique entre le manubrium et la sternèbre sous-jacente, constituant une collection gazeuse en bouton de chemise. »

*
* *

La rupture d'une **Bulle d'Emphysème** est susceptible de créer un Pneumothorax.

Cet Emphysème peut être secondaire à une Pneumopathie aiguë ou chronique.

— Ce peut être un emphysème compensateur au voisinage des plages d'hépatisation pneumonique ou broncho-pneumonique.

— Il peut s'agir d'une affection pulmonaire chronique, telle que la tuberculose. Des vésicules emphysémateuses se constituent au voisinage des zones de sclérose. Le Pneumothorax créé au moment de leur rupture n'a aucun rapport avec le Pneumothorax tuberculeux.

— Parfois c'est un emphysème obstructif par oblitération bronchique, secondaire à une adénopathie par exemple.

Les bulles d'emphysème caractérisent le plus souvent une maladie autonome d'origine congénitale. Il s'agit, soit de petites vésicules d'emphysème multiples et disséminées dans les poumons, soit de bulles volumineuses en très petit nombre.

Cette communication d'emphysème bulleux congénital avec Pneumothorax bilatéral est caractéristique.

« MM. DEBRE et P. PRUVOST communiquent le résultat de l'autopsie d'un enfant de 20 mois, sans passé, et qui avait présenté deux Pneumothorax. L'autopsie révèle l'existence de nombreuses bulles pulmonaires. »

*
* *

Moins fréquemment, d'autres malformations congénitales peuvent être à l'origine du Pneumothorax, telles les **Kystes aériens**, les **Bronchectasies.** Dans ce domaine, nous rapportons le cas de WIENER cité par FALK dans sa thèse : il s'agissait de l'ouverture directe d'une bronche dans la cavité pleurale.

A propos de kystes aériens, voici un exemple de Pneumothorax spontané dû à la rupture d'un kyste.

« MM. J. BOUCOMONT et J. BARNAY ont présenté un enfant porteur d'un Pneumothorax spontané, avec kystes nombreux du côté du Pneumothorax et un kyste du côté opposé. De plus, l'enfant présentait un gros rein lobulé, probablement polykystique, et d'autres malformations congénitales : un angiome et une pseudo-bride amniotique. »

*
* *

Le Pneumothorax spontané peut être consécutif à une **Bronchite**, à une **crise d'asthme.**

Deux cas de Pneumothorax spontanés survenus au cours d'une Rougeole non compliquée ont été relatés par M. VERAN.

Dans ces derniers cas, il faut sûrement incriminer la formation de bulles d'Emphysème passées inaperçues.

*
* *

Enfin, il est cité dans les complications de la Trachéotomie. G. B. FORBES a relevé le Pneumothorax dans 10 % des **Trachéotomies**.

Ses statistiques portent sur 120 enfants trachéotomisés.

Ainsi, le Pneumothorax spontané se trouve réalisé lorsqu'une communication s'établit entre le vide pleural et l'air circulant dans le poumon. Cette solution de continuité est créée à la suite de la rupture de la plèvre viscérale :

- par un processus infectieux :
  - nodule infectieux cortical (broncho-pneumonie par exemple)
  - propagation à la plèvre de lésions parenchymateuses (abcès pulmonaire, bronchectasies)
- par un processus mécanique : rupture de bulles d'Emphysème par exemple, qu'il s'agisse de la maladie emphysémateuse propre ou de bulles d'emphysème secondaires à une infection pulmonaire aiguë ou chronique.

*
* *

D'après les recherches que nous avons faites, il semble que la part principale revienne aux Pneumopathies aiguës. Mais les moyens antibiotiques actuels diminuent le nombre de Pneumothorax spontanés consécutifs à ces Pneumopathies aiguës.

De ce fait, la Coqueluche, l'Emphysème... passent au premier plan dans l'étiologie.

ETUDE CLINIQUE

Nous commencerons par décrire les Pneumothorax spontanés non compliqués. Pour ceux-ci, nous distinguerons deux grandes formes :

— la forme bruyante

— la forme latente

Nous envisagerons ensuite l'évolution et les complications des Pneumothorax spontanés non tuberculeux au cours de la première enfance.

Avant d'aborder l'étude clinique, nous insistons particulièrement sur l'intérêt majeur de l'examen radiologique pour le diagnostic.

o

1° Forme bruyante

Cette forme est la plus rarement observée. L'observation suivante l'illustre bien.

Observation n° 1

(Clinique Médicale Infantile de Toulouse)

W... (Marie-H...), 2 mois et demi. Est hospitalisée le 8 janvier 1951.

Antécédents héréditaires : parents en bonne santé.

Antécédents personnels : née à terme, après un accouchement normal, sans forceps. Poids : 4 kg. 200.

Nourrie au sein jusqu'à la fin du deuxième mois. Elle pèse alors 3 kg. 700. A cette date, on l'alimente au Pélargon.

Maladie actuelle :

Le 6 janvier 1951, elle refuse le biberon.

Le 7 janvier 1951, elle pleure, tousse. La température est à 37°9 le matin et 39° le soir.

Le 8 janvier 1951, la famille appelle son médecin qui diagnostique une broncho-pneumonie. L'enfant est hospitalisée le jour même, car elle présente une grosse dyspnée apparue brusquement.

Examen à l'entrée :

On est en présence d'un nourrisson blafard, très dyspnéique. Les fontanelles sont normales, l'abdomen aussi. L'enfant ne présente ni vomissements, ni diarrhée.

L'examen O.R.L. est normal, la température est à 38°5.

Examen de l'appareil respiratoire :

Percussion : Léger tympanisme au niveau de l'hémithorax gauche.

Auscultation : Elle fait entendre des râles sous-crépitants aux deux bases, mais surtout marqués à droite.

La radioscopie montre :

— *à droite :* une opacité diffuse, mais non homogène au niveau de l'espace intercléidohilaire avec quelques arborescences au niveau du sommet. Cette image peut être rapportée à une broncho-alvéolite. La base est normale.

— *à gauche :* une hyperclarté de l'hémithorax avec un sinus costodiaphragmatique comblé.

Envisageant la possibilité d'un épanchement liquidien léger à gauche, on pratique une ponction, mais elle est blanche. Après la ponction, la radioscopie montre la même image que celle constatée précédemment.

Radiographie : le soir même. Elle confirme les lésions précédemment décrites à droite, et du côté gauche elle objective une grosse cavité aérique occupant presque tout l'hémithorax.

On envisage alors quatre diagnostics :

— un Hydropneumothorax spontané, mais l'angle de raccordement n'est pas en faveur d'une lame liquidienne ;

— un Pneumothorax partiel intéressant les trois quarts supérieurs ;

— un Kyste du poumon ;

— une Bulle d'Emphysème géante.

Quoi qu'il en soit, on institue une thérapeutique à base de pénicilline associée à de la streptomycine, de toni-cardiaques, de lobéline et d'oxygène.

Le 9 janvier 1951, on entend à gauche un souffle amphorique. L'hypersonorité existe toujours.

La cuti-réaction est négative ; température à 38°2.

Le petit malade est très peu dyspnéique.

Le 10 janvier 1951, la température a baissé à 37°. La dyspnée a disparu.

L'I. D. R. est négative.

Les 11, 12, 13... 15 janvier 1951, la température se normalise. L'état général est bon.

Le 15 janvier 1951, une tomographie est demandée afin de préciser le diagnostic ; mais elle se montre d'interprétation difficile.

Les clichés sont en faveur d'un épanchement liquidien à niveau horizontal sur les coupes 5 et 6. On remarque partout un refoulement médiastinal considérable.

Le 17 janvier 1951, une radiographie montre :

— *à droite* : un épaississement de la trame pulmonaire au niveau de la région intercléidohilaire ;

— *à gauche* : il n'y a plus trace de liquide. Un processus de réhabitation semble apparaître au niveau de la base de l'hémithorax gauche. Le refoulement médiastinal reste considérable vers la droite.

Le malade sort, le 20 janvier 1951, en bon état général, non dyspnéique et apyrétique. Son poids est stationnaire.

Il est réhospitalisé d'urgence, le 23 janvier 1951, pour dyspnée avec polypnée, accompagnée de tirage sus et sous-sternal, hypothermie ; état général très atteint, tendance au collapsus. Il est traité d'urgence au moyen de : tente à oxygène, sérum, camphre et gardénal.

Une scopie pratiquée le 24 janvier 1951 montre un refoulement médiastinal très important. On décide l'exsufflation.

+ 12	150	+ 8
+ 24		+ 6

Nouvelle exsufflation le 26 janvier 1951 :

+ 4	95	— 2
+ 8		0

Une radiographie en date du 26 janvier 1951 révèle une réhabitation pulmonaire à gauche avec diaphragme atypique et sinus costo-diaphragmatique gauche comblé.

Le nourrisson présente une température oscillante et de l'anorexie.

L'I. D. R. reste négative.

Un traitement à base de sérum, coramine, camphre, streptomycine et pénicilline entraîne une évolution progressivement favorable.

Le 2 février 1951, une radiographie met en évidence une réhabitation presque totale à gauche. L'épanchement gazeux a diminué de volume ; il est réduit à une poche d'air plaquée contre le plan costal antérieur.

Le 10 mars 1951, même image, la poche gazeuse diminue.

Le nourisson sort de l'hôpital le 15 février 1951, en bon état général, avec une température normale.

Par la suite, il a été suivi par le Docteur BOUISSOU. Une radiographie de profil datant du 24 février 1951 fait encore apparaître un petit épanchement gazeux contre le plan costal antérieur.

Les derniers clichés radiographiques pris, le 22 mai 1951, de face et profil, ne montrent plus trace de Pneumothorax. Le parenchyme pulmonaire est normal des deux côtés.

Le nourrisson conserve un excellent état général.

Cette observation est l'exemple d'un Pneumothorax spontané aigu post-broncho-pneumonique dont l'évolution a confirmé le diagnostic.

Observation n° 2
(Docteur Mouledous)

D... (Jean), 6 mois.

Accouchement normal. Poids : 3 kg. 600.

Nourri au sein jusqu'à l'âge de 5 mois, puis allaitement mixte.

On ne trouve rien de particulier dans les antécédents familiaux.

Le 17 mars 1951, il est atteint d'une légère rhinopharyngite.

Le 19 mars 1951, il présente une broncho-pneumonie typique, avec état général alarmant.

Un traitement énergique est institué (pénicilline, streptomycine, oxygène et toni-cardiaques).

Les 20 et 21 mars 1951, les signes fonctionnels sont moins marqués, mais les signes physiques persistent avec une température à 40°.

On commence alors un traitement à l'auréomycine qui entraîne une amélioration marquée.

Le 23 mars 1951 au matin, la dyspnée réapparaît, intense, et s'accroît progressivement.

La percussion met en évidence une matité de la base droite. A l'auscultation, on constate la disparition du murmure vésiculaire au niveau de cette matité.

La partie supérieure de l'hémithorax droit est le siège d'un souffle amphorique.

La radiographie montre :

— *à droite :* un hémithorax distendu, déshabité, avec une grosse bride pleurale dans sa partie moyenne. A la base existe un niveau liquide qui comble le sinus costo-diaphragmatique droit.

— *à gauche :* l'hémithorax est en grande partie occupé par l'ombre cardioaortique considérablement déviée.

Le 24 mars 1951, une seconde radiographie de face donne la même image.

Une radiographie de profil montre un volumineux épanchement gazeux refoulant le cœur en arrière sans liseré parenchymateux décelable.

Le soir même, le nourrisson mourait dans une crise d'asphyxie aiguë.

*
* *

Le début de cette forme est brutal, très alarmant. Il est caractérisé par une **dyspnée** survenant à l'occasion d'un cri, d'un effort, d'une quinte de toux, d'une convulsion. Mais parfois, elle apparaît sans cause déclenchante et peut même se constituer en plein sommeil.

Le nourrisson respire d'une façon brève et superfi-

cielle. Les ailes du nez sont battantes. On peut constater du tirage.

La toux, quand elle accompagne cette dyspnée est sèche et peu fréquente. Le petit malade présente une cyanose plus ou moins marquée.

Le choc fait souvent défaut. Il est rare d'avoir à faire à un enfant prostré, pâle, au faciès angoissé. Habituellement, il est agité et pleure.

La température s'élève rarement.

Il est difficile de pratiquer un examen clinique à ce stade de début brusque. A peine s'assurera-t-on d'une diminution du murmure vésiculaire avec sonorité tympanique ou normale.

*
* *

En quelques jours se constitue la période d'**Etat.** Les signes fonctionnels s'atténuent notablement.

Cette phase est plus riche de signes physiques. Mais il est difficile de recueillir tous les signes que nous allons décrire.

De plus, l'étroitesse du thorax du nourrisson ne permet pas de localiser exactement les signes stéthacoustiques par suite de propagation à distance. A ce sujet, nous pensons à l'erreur commise au début de l'observation précédente où les signes de broncho-pneumonie étaient audibles dans les deux champs pulmonaires.

Si nous regardons le nourrisson respirer, nous pouvons remarquer l'immobilité et parfois la distension d'un hémithorax. La voussure du creux sus-claviculaire a été signalée par GARDÈRE et SAVOYE.

La palpation présente un faible intérêt. Le plus souvent, les vibrations vocales disparaissent pendant les cris du petit malade.

Le thorax sera percuté légèrement. L'hypersonorité d'un hémithorax n'est pas toujours nette, sauf dans les Pneumothorax de la grande cavité. La déviation de la pointe du cœur, l'abaissement de la limite supérieure du foie, présentent une valeur plus grande.

L'auscultation nous apprend que le murmure vésiculaire est diminué ou aboli. Il est rare de trouver, au

complet, le syndrome amphorométallique classique, c'est-à-dire :

— le souffle amphorique intense, métallique, inspiratoire et expiratoire
— le retentissement métallique du cri et de la toux
— le tintement métallique de Laënnec audible pendant les fortes inspirations ou la toux.

2° Forme latente

La plupart des Pneumothorax spontanés du nourrisson revêt cette forme. C'est l'explication de leur méconnaissance.

L'observation suivante objective bien sa symptomatologie.

Observation n° 3

(Clinique Médicale Infantile de Toulouse)

P... (Francis), 3 mois, est hospitalisé le 4 juillet 1950.

Ce nourrisson est né à terme, après un accouchement normal. Poids à la naissance : 3 kg. 500. Il a été nourri au sein jusqu'à ce jour.

Maladie actuelle : Il est malade depuis un mois, présente une petite toux, de la diarrhée verte, une température aux environs de 37°5. On ne relève dans ses antécédents aucun épisode dyspnéique ou asphyxique. Il existe actuellement une gêne respiratoire légère. Le poids est stationnaire, l'état général mauvais.

Ce nourrisson est examiné par le Docteur Levrat qui l'adresse à l'hôpital pour Pneumothorax spontané.

Examen à l'entrée :

Il s'agit d'un enfant maigre, d'aspect hypothrepsique, sans signes de déshydratation. La température ne dépasse pas 37°5. Il présente une *dypsnée très légère.*

Examen de l'appareil pulmonaire :

La percussion révèle un tympanisme à gauche, et une matité précordiale rejetée à droite.

Les signes stéthacoustiques sont pauvres, seulement un silence respiratoire à gauche.

L'examen radioscopique du 5 juillet 1950 montre une transparence absolue de l'hémithorax gauche, avec un médiastin fortement dévié à droite.

La radiographie faite le 7 juillet 1950 fait apparaître :

— *à gauche :* un hémithorax déshabité, sauf au niveau de l'angle cardiophrénique gauche, et de la base où l'on aperçoit une petite bande de parenchyme.

— *à droite :* il existe une image de hernie médiastinale importante refoulant le cœur et le parenchyme pulmonaire gauche vers la droite.

Aucun traitement particulier n'est tenté. La température est normale. La dyspnée cesse complètement, l'enfant sort le 22 juillet 1950, sous surveillance étroite.

Nouvelle radiographie le 25 octobre 1950 :

de face : même image de Pneumothorax spontané à gauche avec hernie médiastinale.

de profil : confirme le Pneumothorax spontané, en ne montrant aucun liseré parenchymateux accolé au plan costal.

Le 15 octobre 1950, le nourrisson est réhospitalisé pour de nouveaux examens. Les signes fonctionnels et généraux restent nuls.

Les images radiologiques n'ont pas bougé. L'enfant se développe normalement et prend du poids. La cuti-réaction est négative, l'I. D. R. aussi.

Les derniers examens radiologiques faits six mois après le début de l'affection ne montrent aucune modification.

Conclusion :

Il s'agit d'un Pneumothorax spontané survenu chez un nourrisson de 3 mois, au cours d'un épisode peu fébrile. Il s'est développé silencieusement et doit sa découverte à la radiologie.

*
* *

Le syndrome asphyxique angoissant de la forme bruyante est remplacé par une dyspnée légère, avec une agitation peu marquée, qui sont mises au compte de l'affection causale, d'une broncho-pneumonie par exemple. Il importera de pratiquer quotidiennement un examen physique minutieux qui permettra la découverte d'un des signes décrits dans la forme bruyante.

Enfin, les signes fonctionnels peuvent manquer totalement. L'examen physique seul viendra apporter un signe souvent isolé : — hypersonorité d'un hémithorax, silence respiratoire, ou souffle amphorique — qui fera penser au Pneumothorax spontané sans en apporter la preuve. Cette dernière sera donnée par l'examen radiologique.

EVOLUTION

Nous allons envisager l'évolution de chacune des formes de Pneumothorax spontané décrites précédemment.

Evolution du Pneumothorax spontané aigu :

Cette forme peut évoluer d'emblée, en particulier dans les Pneumothorax à soupape ou dans les Pneumothorax bilatéraux, vers l'**asphyxie aiguë**. Celle-ci est le résultat : — soit d'une insuffisance respiratoire aiguë, lorsque le poumon opposé est lésé et incapable d'assurer une hématose normale, — soit d'une défaillance cardiaque succédant au déséquilibre de la masse sanguine pulmonaire.

On incrimine aussi un choc pleural nerveux qui entraîne des troubles de la respiration et du pouls, une paralysie associée à des crises épileptiformes, une syncope.

Heureusement, le plus souvent, au moment de la phase d'état, les signes fonctionnels s'atténuent spontanément, ou à l'aide d'une ou deux ponctions. A ce moment-là, le Pneumothorax spontané aigu rejoint l'évolution du Pneumothorax latent que nous allons considérer.

Evolution du Pneumothorax spontané latent :

L'évolution est bénigne. Le Pneumothorax spontané rétrocédera seul par absorption lente de l'épanchement gazeux. Si un léger épanchement pleural s'est constitué avec le Pneumothorax, il disparaîtra rapidement.

La guérison est longue. Elle sera contrôlée radiologiquement pendant plusieurs mois.

Telle est l'évolution du Pneumothorax spontané non tuberculeux. Dans la majorité des cas, elle se montre sous un jour favorable. Mais il faut savoir qu'elle peut être assombrie par quelques complications.

COMPLICATIONS

Une complication immédiate est réalisée par l'**Asphyxie aiguë** sur laquelle nous ne reviendrons pas.

Au Pneumothorax spontané peut faire suite l'apparition d'un **Emphysème sous-cutané** ou **médiastinal.**

L'Emphysème sous-cutané est révélé par une tumeur molle soulevant les téguments sans en modifier la coloration, et d'apparition insidieuse. Le palper donne la sensation de « crépitation neigeuse ». Cet Emphysème siège habituellement dans les creux sus-sternal et sus-claviculaire, à la base du cou. Il peut s'étendre au cou, à la poitrine, à l'aisselle.

L'Emphysème médiastinal est signalé au début par une dyspnée intense, de la cyanose, par la disparition de la matité précordiale. Peu après apparaît l'Emphysème sous-cutané sus-claviculaire et sus-sternal qui peut remonter vers la face.

L'examen radioscopique montre de la clarté médiastinale, deux bandes claires doublant les contours cardiaques et refoulant les poumons vers la paroi thoracique.

La **récidive** est possible, mais rare. Le Pneumothorax est alors dû à la rupture d'une petite bulle d'emphysème siégeant sur la corticale du poumon. Ces bulles peuvent se rompre à des intervalles plus ou moins éloignés, entraînant ainsi des Pneumothorax à répétition.

Quand il s'agit d'un Pneumothorax consécutif à un kyste aérien, ou à une bulle d'emphysème géante, le Pneumothorax peut devenir chronique, par suite d'un épaississement pleural qui empêche le retour du poumon à la paroi. C'est une complication très rare chez le nourrisson.

HYDRO-PNEUMOTHORAX :

Le Pneumothorax spontané peut s'accompagner d'un épanchement liquidien, qui a été mis en évidence dans notre première observation par les tomographies. Cet épanchement est souvent hémorragique parce que la rupture de la plèvre et du parenchyme entraîne un petit écoulement sanguin.

La percussion révèle une zone de matité. L'oreille perçoit le bruit de succussion hippocratique caractéristique. La ponction exploratrice permet de retirer un liquide citrin parfois hémorragique.

PYO-PNEUMOTHORAX :

Les épanchements liquidiens évoluant vers la purulence sont exceptionnels. Ils le sont d'emblée en cas d'abcès ou de gangrène du poumon.

La température grimpe à 40° et prend un type oscillant. Des frissons, de la dyspnée, des signes toxi-infectieux apparaissent avec un état général très altéré.

Les signes d'épanchement se précisent rapidement et la ponction vient confirmer le diagnostic.

Que l'épanchement soit, ou non, purulent, la radioscopie décèle une hyperclarté gazeuse supérieure, et une zone inférieure opaque à niveau rigoureusement horizontal, qui ondule avec les mouvements du malade.

AUTRES FORMES CLINIQUES

Formes Anatomiques :

Dans notre étude clinique, nous avons déjà opposé les deux formes symptomatiques du Pneumothorax spontané. On peut observer pour ces deux types les mêmes variétés topographiques.

Tous deux peuvent survenir en plèvre libre donnant ainsi naissance à un Pneumothorax total de la grande cavité.

Lorsqu'ils apparaissent dans une plèvre limitée, symphysée par un processus infectieux antérieur, le Pneumothorax se forme partiellement. Voici les localisations des Pneumothorax partiels couramment observés :

— Pneumothorax partiel apical
— Pneumothorax partiel postérieur et supérieur
— Pneumothorax partiel postérieur et inférieur, le plus fréquent
— Pneumothorax partiels latéraux internes et paramédiastinaux
— Pneumothorax partiels latéraux externes ou axillaires
— Pneumothorax partiel interlobaire.

Rarement le Pneumothorax peut siéger des deux côtés.

Enfin, il est quelquefois associé d'emblée à un Emphysème médiastinal.

Forme du nouveau-né :

Les radioscopies et les radiographies thoraciques exécutées systématiquement après la naissance ont permis la découverte de Pneumothorax spontanés chez le nouveau-né. Il faut rechercher son origine dans les efforts inspiratoires du nouveau-né, précédant la rupture de bulles d'Emphysème ou de Kystes aériens congénitaux.

Nous devons citer les travaux de Lantuejoul et de Ribadeau-Dumas sur cette question.

Observation n° 4

(Docteur Costa)

T... (nouveau-né), mars 1951. Parents âgés. Père : 52 ans. Mère : 40 ans.

On retrouve dans les antécédents maternels :

— Une première grossesse il y a six mois, après quinze ans de stérilité, se termine par une césarienne. L'enfant meurt un quart d'heure après la naissance. Les causes n'ont pas été recherchées.

— Après un intervalle de six ans, une nouvelle grossesse avec césarienne à terme.

Une heure après la naissance, le nouveau-né présente un syndrome asphyxique avec grosse dyspnée et grosse cyanose. Cet état alarmant cède à l'oxygène et aux toni-cardiaques.

Un examen radioscopique pratiqué quatre heures après la naissance montre un Pneumothorax spontané droit avec refoulement médiastinal vers la gauche. La base gauche est le siège d'une hyperclarté limitée.

Le lendemain, on constate sous écran que le poumon droit est davantage rétracté sur le hile.

La radiographie confirme le diagnostic et met en évidence, nettement, le moignon pulmonaire, avec un hémithorax droit vide et distendu.

Le quatrième jour, les examens radioscopique et radiographique montrent un retour du poumon à la paroi, mais le champ pulmonaire droit est le siège d'une hyperclarté faisant songer à un Kyste aérien.

L'enfant meurt vers la fin du premier mois de complications infectieuses. Quelques jours avant le décès, il était apparu du tirage, de la dyspnée, de la cyanose et de la circulation collatérale thoracique et abdominale.

En outre, ce nouveau-né présentait des malformations congénitales :

— un bec-de-lièvre,

— un urètre qui s'est obstrué secondairement avec rétention d'urine (les sondages furent très difficiles).

Ces antécédents nous incitent à croire qu'une malformation congénitale siégeait au niveau du poumon, probablement un kyste aérien dont la rupture a entraîné le Pneumothorax.

Voici un autre cas de Pneumothorax spontané du nouveau-né :

« MM. M.-A. Weil et Bourgin ont observé trois jours après l'accouchement, chez un nouveau-né, un syndrome spontané de dyspnée avec cyanose et gémissements, et, à la radiographie, une image caractéristique de Pneumothorax qui a été décomprimé par l'appareil de Küss. Le tableau clinique se reproduit quelques heures après, est décomprimé dans les mêmes conditions, et, depuis lors, ne s'est plus reproduit. L'étiologie en est incertaine. »

DIAGNOSTIC POSITIF

Chez le nourrisson, la seule clinique ne suffit pas à affirmer le Pneumothorax spontané, excepté dans les formes bruyantes. Dans la plupart des cas, les signes fonctionnels et les signes physiques recueillis sont trop pauvres ; ils ne donneront qu'une indication et mettront en éveil.

Leur variabilité et parfois leur absence dans les formes muettes expliquent la valeur de l'examen radiologique. Celui-ci devient nécessaire chaque fois que le médecin est appelé auprès d'un jeune enfant qui présente un accident respiratoire au cours d'une Pneumopathie, ou sans raison apparente.

Radioscopie et Radiographie seront associées en vue d'établir un diagnostic précis.

— *Radioscopie :*

L'examen radioscopique rendra visible la distension et l'immobilité d'un hémithorax. Nous noterons l'élargissement des espaces intercostaux avec la tendance à l'horizontalité des côtes. Le refoulement du Diaphragme ou du Médiastin apparaît nettement en cas de Pneumothorax total de la grande cavité.

Le Pneumothorax est caractérisé par l'hyperclarté d'un hémithorax dans lequel le fin lacis réticulé correspondant à la trame broncho-vasculaire n'apparaît plus.

Dans la région hilaire, le moignon pulmonaire s'est rétracté contre le pédicule. Sa limite externe doit être recherchée de face et en oblique. La constatation d'une légère expansion inspiratoire de ce moignon représente un excellent signe en faveur du Pneumothorax spontané.

Les signes principaux résident dans les troubles de la cinématique pulmonaire.

Il faut surtout attacher de la valeur :

— à l'immobilité des côtes, d'un côté

— à la constatation d'une expansion du moignon

— à un balancement inspiratoire du Médiastin qui à chaque mouvement se déplace en bloc du côté du Pneumothorax

— au phénomène paradoxal du Diaphragme de Kienbôck : au moment de l'inspiration, l'hémidiaphragme du côté du pneumothorax s'élève, tandis que celui du côté sain s'abaisse.

En cas d'hydro-pneumothorax, le sinus est opaque, à niveau horizontal et mobile avec les mouvements de l'enfant.

« Les seuls signes radiologiques vraiment pathognomoniques du Pneumothorax spontané sont les troubles de la cinématique respiratoire et non pas la transparence thoracique qui prête souvent à erreur ». (GORECKA-MEINIER).

— *Radiographie :*

Le cliché sera tiré debout, quand l'enfant crie et, si possible, en inspiration.

Dans les grands épanchements gazeux, la distension de l'hémithorax malade, l'élargissement des espaces intercostaux, la tendance à l'horizontalité des côtes, constatés au cours de l'examen radioscopique sont confirmés par les clichés.

Le Pneumothorax refoule le Médiastin. La trachée apparaît très déviée. Une orientation anormale de la bronche souche ou sa disparition constitue une bonne indication.

Les radiographies de profil ou en transverse prennent de l'intérêt lorsqu'on n'aura pu voir le moignon rétracté sur le hile ou lorsqu'il s'agit de Pneumothorax spontané partiel. Les clichés, pris sous des angles diffé-

rents, ne doivent en aucun cas montrer un liseré pulmonaire plaqué contre le plan costal.

Des clichés successifs montreront la résorption de l'épanchement gazeux et nous renseigneront sur l'état du poumon opposé.

Tomographie :

Dans les Pneumothorax partiels, et pour affirmer parfois le Pneumothorax de la grande cavité, il sera nécessaire de pratiquer une Tomographie.

Ponction exploratrice :

Elle est un moyen thérapeutique plus qu'un moyen diagnostique. Elle sera faite avec beaucoup de prudence.

Dans le Pneumothorax à soupape, la pression est positive et va en augmentant. Dans les Pneumothorax ouverts, elle avoisine zéro. Dans les Pneumothorax fermés, en voie de résorption, elle est négative.

Lipiodol bronchique :

Il n'est pas pratiqué, sauf dans les cas où le diagnostic entre Pneumothorax partiel et Emphysème ou volumineuse bronchectasie est discuté. Cet examen est dangereux chez le nourrisson.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Si le diagnostic de Pneumothorax spontané aigu offre en général peu de difficultés, celui des formes latentes et partielles prête à de multiples erreurs de diagnostic.

Dans la forme bruyante, la dyspnée peut entraîner une confusion avec toutes les autres affections dyspnéisantes du nourrisson. Le diagnostic du Pneumothorax spontané latent est avant tout radiologique.

o

1° Forme bruyante :

La présence d'un **corps étranger** au niveau du larynx entraîne un spasme de la glotte, avec dyspnée asphyxiante et toux fréquente, quinteuse et violente.

Dans **l'hypertrophie du thymus**, la dypsnée est permanente, entrecoupée de paroxysmes avec tirage sus et sous-sternal, parfois sus-claviculaire et intercostal ; elle s'accompagne de cornage. On se trouve en présence d'un enfant à diathèse, lymphatico-thymique. L'ombre thymique apparaît sur les radiographies de face et de profil.

La dyspnée du **croup** ne peut être confondue avec celle du Pneumothorax. Elle est permanente, progressive, asphyxiante, avec tirage et modification du cri et de la toux. La constatation de l'angine diphtérique et l'examen bactériologique lèvent les doutes.

La **laryngite striduleuse** apparaît chez un enfant porteur de végétations adénoïdes. Elle se manifeste brusquement par une dyspnée violente, une toux rauque, une vive agitation, avec du tirage et du cornage. Généralement, cette dyspnée cède rapidement.

Les **laryngites aiguës œdémateuses** sont rapidement suffocantes et l'asphyxie imminente est facilement rap-

portée à l'obstruction des voies respiratoires supérieures.

Dans tous les cas précités, on ne relèvera aucun des signes stéthacoustiques et radiologiques du Pneumothorax spontané.

Il faut maintenant éliminer les affections pulmonaires dyspnéisantes.

La **Broncho-Pneumonie**, la **Bronchite capillaire**, ne peuvent être prises pour un Pneumothorax spontané, en raison de leur tableau clinique propre, et grâce au concours de la radio.

Dans la **Granulie à forme suffocante**, la dyspnée extrême contraste avec des signes physiques peu importants. Le cliché radiographique solutionnera la question.

Une **crise d'asthme** se différencie aisément. En faveur de l'Asthme infantile, humide et fébrile, sont les crises antérieures, l'évolution de l'accès et l'épreuve du traitement.

En dernier lieu, on écartera les dyspnées d'origine centrale qui coexistent avec des syndromes suraigus toxiques ou infectieux dans certains comas et intoxications aiguës.

2° Forme latente :

Devant un Pneumothorax aigu qui s'est constitué, et devant les formes latentes, le diagnostic radiologique est à envisager.

L'examen radiologique montre une grande poche gazeuse. Comment écarter les affections autres que le Pneumothorax spontané ?

*
* *

Un **Kyste aérien** géant peut simuler un Pneumothorax spontané. Plusieurs signes permettent de faire la distinction.

— Sa clarté n'est pas homogène ; un examen minutieux permet de retrouver sur cette surface claire des éléments de trame broncho-vasculaire.

— Le moignon pulmonaire rétracté sur le hile n'apparaît sur aucun cliché.

— La cavité kystique est circulaire et refoule le parenchyme contre les parois costale et diaphragmatique en une bande plus ou moins mince qui peut présenter le dessin habituel de la trame pulmonaire. Dans la région du sinus costo-diaphragmatique, elle se termine par un contour arrondi et non par un angle aigu comme dans le Pneumothorax. Le kyste peut occuper la totalité de l'hémithorax ; il ne laisse alors pas de trace de parenchyme à sa périphérie. Ceci rend l'interprétation radiologique très difficile.

— L'image radiologique du kyste est persistante, alors que l'épanchement gazeux du Pneumothorax varie.

La seule épreuve de certitude consisterait à injecter de l'air dans la cavité pleurale. On crée ainsi un Pneumothorax artificiel s'il s'agit d'un kyste, et celui-ci sera refoulé vers le médiastin. Mais cette technique n'est pas exempte de danger.

Un kyste de volume moyen peut être pris pour un Pneumothorax partiel. Cette confusion sera évitée car le kyste se développe le plus souvent en plein parenchyme et est bien circonscrit par une ligne fine et régulière. En général, il est accompagné d'autres kystes.

*
* *

Une **bulle d'Emphysème** géante peut prendre l'aspect d'un Pneumothorax spontané. Ses signes différentiels se superposent à ceux du kyste : on ne distingue pas de moignon pulmonaire. Sa clarté n'est pas homogène, elle est bordée par un fin liseré. D'autre part, la tomographie révèle fréquemment des petites bulles associées.

*
* *

Une **Bronchectasie** volumineuse peut ressembler à un Pneumothorax partiel. La différenciation est faite par l'examen radiologique et l'examen lipiodolé s'il est possible.

RIBADEAU-DUMAS a rapporté l'observation d'un nourrisson de 5 semaines, chez lequel le diagnostic de Pneumothorax spontané avait été porté ; à l'autopsie on trouva une volumineuse dilatation bronchique.

Moins souvent, on a pu hésiter entre une **hernie diaphragmatique** de volume important et un Pneumothorax localisé, mais elle a une symptomatologie à prédominance digestive, et surtout, elle sera éliminée au moyen d'un repas baryté.

*
* *

Un **abcès du poumon** ou une **caverne pulmonaire** peuvent-ils être confondus avec un Pyopneumothorax localisé ou un Pneumothorax partiel ? L'erreur n'est pas possible car ils donnent une image arrondie aux contours épais et se détachent de la paroi si on fait tourner le malade ; ils s'accompagnent souvent d'une image de bronche de drainage. De plus, le nourrisson présente alors un état marqué de dénutrition et d'hypothrepsie.

*
* *

Un Hydro ou un Pyopneumothorax dont l'épanchement, devenu très abondant remplit toute la cavité pleurale peut simuler une **pleurésie séro-fibrineuse** ou **purulente.** Les signes propres au Pneumothorax avec épanchement moyen ne peuvent être objectivés ; en particulier la fluctuation thoracique est absente. Les antécédents, l'évolution antérieure, trancheront la question.

*
* *

Nous devons terminer ce chapitre du Diagnostic différentiel en écartant le Pneumothorax spontané tuberculeux.

La notion de contage, d'antécédents tuberculeux, les signes généraux marqués avec température élevée sont en sa faveur.

La radiographie montre, sur le territoire pulmonaire, des altérations caractéristiques de la tuberculose : adénopathie trachéo-bronchique, nodules, infiltrats. Si elle ne suffit pas, on aura recours à la tomographie. Enfin l'étiologie tuberculeuse sera confirmée par la découverte de B. K., par la cuti-réaction et l'intra-dermo-réaction positives et par l'accélération de la vitesse de sédimentation.

TRAITEMENT

Nous allons envisager successivement :

1° Un traitement d'urgence applicable aux formes aiguës.

2° Un traitement réservé au Pneumothorax constitué ou latent.

3° Un traitement étiologique.

4° Un traitement des complications.

1° Traitement d'urgence :

Devant un choc, une dyspnée intense, un traitement à base d'opiacés, de barbituriques, de toni-cardiaques, sera institué. Il sera bon d'y associer les analeptiques respiratoires et surtout l'oxygénothérapie.

Si la dyspnée ne cède pas ou si, d'emblée, un syndrome asphyxique alarmant s'est constitué, la plèvre sera désinsufflée très rapidement. Dans les formes suffocantes des Pneumothorax à soupape, des exsufflations répétées, et même un trocart à demeure, peuvent se révéler insuffisants. Dans ces cas là, une pleurotomie d'urgence avec sonde à demeure et aspiration continue soulageront notablement le petit malade en faisant disparaître les accidents de suffocation.

MM. A Bernou et L. Marecoux rapportent le cas d'un enfant de 2 ans qui présentait un Pneumotorax suffocant. Une exsufflation rapide de 800 cm^3 n'avait apporté aucune amélioration. Une pleurotomie d'ur-

gence procura un soulagement immédiat. Une pleurésie purulente s'étant constituée, un appareil à expiration continue fut mis en place. La guérison se produisit un mois après avec réexpansion pulmonaire.

2° Traitement du Pneumothorax constitué ou latent :

La seule thérapeutique consiste à laisser le petit malade au repos et à le surveiller en effectuant des contrôles radiologiques réguliers. La résorption de l'épanchement gazeux se fait spontanément en quelques semaines ou quelques mois. Elle peut être accélérée par une ou deux ponctions évacuatrices.

Signalons cependant que l'enfant P... F... (observation n° 2) a encore son Pneumothorax 6 mois après son apparition.

3° Traitement étiologique :

Il diffère selon l'étiquette du Pneumothorax.

Nous commencerons par le Pneumothorax apparu au cours de Pneumopathies aiguës. Les moyens antibiotiques actuels ont diminué leurs complications. La guérison de la broncho-pneumonie par exemple précèdera celle du Pneumothorax spontané ayant pu évoluer au cours de cette affection.

La Coqueluche tient une place importante dans l'étiologie du Pneumothorax. Sa guérison sera hâtée grâce au traitement moderne de cette affection.

Considérons maintenant les Pneumothorax spontanés consécutifs à la rupture d'une bulle d'Emphysème. Chez le nourrisson, l'expectative sera le meilleur des traitements. En cas de récidive, on aidera la résorption par quelques exsufflations. Le poumon reviendra à la paroi rapidement, et parfois une symphyse pleurale est favorisée par un petit exsudat.

Actuellement, le traitement du Pneumothorax dû à la rupture de bulles d'Emphysème ou de Kystes a été

bien mis au point chez l'adulte (symphyse provoquée par talcage — exérèse de bulles corticales, de kystes — décortication de plèvre). Chez le nourrisson, ces techniques n'ont pas été appliquées car le Pneumothorax spontané récidive rarement et passe rarement à la chronicité.

4° Traitement des complications :

Le Pyopneumothorax sera traité avec le concours des antibiotiques par voie endopleurale, par voie générale et par voie endobronchique dans certaines formes. Les épanchements purulents abondants seront drainés chirurgicalement après pleurotomie à minima.

S'il existe un Emphysème médiastinal important, une médiastinotomie cervicale peut être indiquée.

CONCLUSIONS

1° Le Pneumothorax spontané non tuberculeux du Nourrisson n'est pas rare.

2° Il se présente sous deux formes :

— la forme bruyante, asphyxique, qui appelle un diagnostic immédiat et une thérapeutique active.

— la forme latente, de découverte radiologique.

3° Le plus souvent, le diagnostic est fait ou affirmé par les examens radioscopique et radiologique.

4° Le Pneumothorax spontané non tuberculeux du Nourrisson ne présente pas une gravité extrême. La plupart du temps il rétrocède seul.

VU : *Le Président :*
R. SOREL.

VU : *Pour le Doyen*
L'Assesseur :
BRUSTIER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Toulouse, le 29 juin 1951
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :
P. DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

BERNOU et MARECAUX. — La Pleurotomie dans le traitement du Pneumothorax suffocant. *Presse médicale* n° 13 du 3-4-43.

BOUCOMONT (J), J. BARNAY et R. SIRC. — Pneumothorax spontané révélateur de Kystes aériens chez un enfant porteur de malformations multiples. *Presse médicale* n° 44 du 27 novembre 1943.

BOYETTE (D. P.) — Spontaneous Pneumothorax in the Newborn ; report of 2 cases. *Southern médical journal* 1949, 42, oct. n° 10.

BOURSIER et MOULIES. — Sur un cas de Pneumothorax spontané du nouveau-né. *Journal de médecine de Bordeaux*, juillet 1948, n° 7, p. 319.

CHAMPY (M^lle^). — Le Pneumothorax chez l'enfant. *Thèse, Lyon*, 1917.

CHAPELO (R.) — Volumineuse cavité gazeuse intra thoracique chez un nourrisson. *Archives françaises de Pédiatrie*, 1947, 4, n° 6, p. 641.

de CHRZANOWSKA (M^lle^). — Le Pneumothorax chez l'enfant. *Thèse, Paris*, 1896.

DALEINE (Jacqueline). — Contribution à l'étude clinique des Kystes gazeux congénitaux du poumon chez le Nourrisson. *Thèse, Paris* 1948.

DEBRÉ, PRUVOST. — Emphysème bulleux congénital avec Pneumothorax bilatéral. *Presse Médicale* n° 32, du 31 mai 1947.

FALK (J.) — Le Pneumothorax spontané de la première enfance. *Thèse, Paris* 1935.

G. B. FORBES, G. SALMON et J. C. HERVEG. — Nouvelles observations sur l'emphysème médiastinal et le Pneumothorax consécutifs à la trachéotomie. *The Journal of Pédiatrics*, t. 31, n° 2, août 1917, p. 172-194.

GARDÈRE et SAVOYE. — Le Pneumothorax spontané non tuberculeux du Nourrisson. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 février 1932, p. 117.

GLAUZMANN (E.) — Médecine des Enfants. *Le Pneumothorax spontané*, p. 405-408.

GORECKA-MEINIER (Mme). — Le Pneumothorax spontané non tuberculeux dans la première enfance. *Thèse Paris* 1929.

GOUJARD (P.) — Contribution à l'étude du Pneumothorax spontané chez le Nourrisson. *Thèse Paris* 1934.

HAGUENAUER (Jeanne). — Le Pneumothorax spontané, complication tardive des pleuro-pneumopathies aiguës chez l'enfant. *Thèse Paris* 1939.

HIGGINS (I.) — Spontanéous Pneumothorax in infancy. *Archives of diseases in Childhood*. Sept. 1945, n° 20, p. 141-144.

HOLLIER-LAROUSSE-JULIA. Les dyspnées chez le nouveau-né. *Thèse Paris* 1936.

JAMBON, CHAPTAL, BETOULIÈRES et VALLAT. — Pneumothorax enkystés avec poche gazeuse extra thoracique au cours d'une coqueluche du Nourrisson. *Presse Médicale* n° 28 du 10 mai 1947.

JAOUI. — Le Pneumothorax spontané non tuberculeux du Nourrisson. *Thèse Paris*, 1948.

LAMY (M.), JAMMET et CAMUS. — Pneumothorax spontané chez un nourrisson. Abcès staphylococciques multiples des deux poumons. *Presse médicale* n° 11 du 17 mars 1945.

LANTUEJOUL, RIBADEAU-DUMAS, HERAUX et DEBRAY. — Les troubles respiratoires de l'enfant à la naissance. *Journal français de médecine et chirurgie thoracique*, mai 1947, p. 236.

LEMIERRE, LENORMAND. — Maladies de l'appareil-respiratoire.

LEREBOULLET, LELONG et EVEN. — Le Pneumothorax spontané non tuberculeux de la première enfance. *Le Nourrisson*, sept. 1929, p. 257.

MATTEI, TRISTANI, BARBE et CHOUX. — La place des Pyo-Pneumothorax partiels parmi les suppurations endothoraciques. *Presse médicale* n° 81 du 25 décembre 1949.

MEYER (André), J.P. NICO et Mme COTLENKO. — Le Pneumothorax spontané non tuberculeux. *Paris Médical* n° 10, 12 mars 1949, p. 102.

MEYER (André), M. BRUNEL et J.P. NICO. — Le traitement du Pneumothorax spontané non tuberculeux. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1950, 4, 17-18, 751-762.

MINOIS (J.P.) — Emphysèmes sous-cutanés et médiastinaux d'origine médicale. *Thèse Paris*, 1942.

NOBECOURT. — Précis de Médecine des Enfants.

D.S. MOTSAY et P.J. DOWDELE. — Spontaneous non tuberculous Pneumothorax in infancy ; case. The Guthric clinic Bulletin. Oct. 47, n° 17, p. 54-58.

RIBADEAU-DUMAS. — Les bronches et les poumons. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Pédiatrie.*

ROSSET (E.) — Le Pneumothorax spontané tuberculeux du nourrisson. *Thèse Lyon*, 1949.

ROYER de VÉRICOURT. — Le Pneumothorax spontané dans la première enfance. *Gazette Médicale de France*, 15 octobre 1934.

SALMON (G.W.) — Emphyséma airblock in newborn période. *New Orléans médical and surgical Journal*, déc. 1947, p. 253-258.

SCOTT (E.P.) et ROTONDO (C.C.) — Spontanéous Pneumothorax in newborn. *American Journal of diseases of children*. Août 1946, p. 207-210.

SINAN (G.) — Le Pneumothorax infectieux non tuberculeux chez l'enfant du premier âge. *Thèse Bordeaux*, 1943.

SOREL, BARDIER, BOUISSOU et CROSTE. — A propos de quelques radiographies de pneumothorax spontané chez le nourrisson. *Société de Pédiatrie de Toulouse*, 25-6-51.

VERAN. — Deux cas de Pneumothorax spontané au cours d'une rougeole non compliquée. *Presse Médicale*, n° 13 du 3-4-1943.

WEIL (M.A.) et BOURGIN. — Un cas de Pneumothorax spontané du nouveau-né. *Presse Médicale*, 24 nov. 1945, n° 47.

TABLE DES MATIÈRES

HISTORIQUE 7
ETIOLOGIE - PATHOGÉNIE 9
ETUDE CLINIQUE 13
Forme bruyante 13
Forme latente 18
EVOLUTION 21
COMPLICATIONS 23
AUTRES FORMES CLINIQUES 25
DIAGNOSTIC POSITIF 29
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL 33
TRAITEMENT 37
CONCLUSIONS 41
BIBLIOGRAPHIE 43
TABLE DES MATIÈRES 47